

CARCINOMA DE CÉLULAS RENAIIS COM TROMBO GIGANTE NA VEIA CAVA INFERIOR – ABORDAGEM CIRÚRGICA MULTIDISCIPLINAR

RENAL CELL CARCINOMA WITH GIANT CAVAL THROMBUS – MULTIDISCIPLINARY SURGICAL APPROACH

Andrea Furtado¹, Bruno Graça², Frederico Bastos Gonçalves³, Fernando Ferrito⁴, Aragão Morais⁵, Álvaro Laranjeira Santos⁶

RESUMO

A nefrectomia radical associada a trombectomia da veia cava inferior constitui a única opção terapêutica passível de melhoria prognóstica dos carcinomas de células renais com trombos venosos major. Descrevemos o caso de um homem, 55 anos, com o diagnóstico de tumor renal com trombo intra-cávido de grandes dimensões. O doente foi alvo de uma abordagem multidisciplinar, tendo sido submetido a nefrectomia radical à direita, trombectomia e cavoplastia, com recurso ainda a bypass cardiopulmonar e circulação extra-corpórea. O pós-operatório não registou intercorrências. A análise histológica concluiu tratar-se de um carcinoma de células renais, variante células claras e trombo excisado na totalidade, sem invasão da parede venosa. Aos dois anos de pós-operatório o doente encontra-se sem evidência de recidiva tumoral nem foram descritos eventos de embolização pulmonar.

Palavras-chave: tumor do rim, trombectomia, nefrectomia radical, circulação extra-corpórea.

ABSTRACT

Radical nephrectomy with inferior vena cava (IVC) thrombectomy remains the effective therapeutic option in patients with renal cell carcinoma (RCC) infiltrating IVC. Here we report a case of a 55 year-old man with RCC and a giant occlusive IVC tumoral thrombus. The patient underwent right nephrectomy and thrombectomy with cavoplasty with cardiopulmonary bypass. The postoperative course was uneventful. The histological exam suggested complete resection of the tumor and no vascular wall involvement of the tumoral thrombus. Two years past surgery the patient is disease free and there are no signs of pulmonary embolization or vascular thrombus formation.

Key-words: kidney neoplasm, thrombectomy, radical nephrectomy, extracorporeal circulation.

INTRODUÇÃO

O carcinoma de células renais é conhecido pelo seu angiotropismo, sendo que cerca de 10% dos casos podem apresentar-se *ab initio* com trombos venosos.¹ Apesar da remoção completa do trombo não ser factor independente de prognóstico, a excisão incompleta pode sim comprometer a sobrevida.²⁻³ A taxa de sobrevida aos 5 anos, para os doentes submetidos a excisão cirúrgica completa de tumor e trombo, situa-se entre os 32% e os 64%.^{2,3,7,8}

O tratamento cirúrgico destes tumores constitui um dos maiores desafios terapêuticos em Urologia e requer equipas multidisciplinares que envolvam, para além do urologista, o imagiologista, o cirurgião vascular, o cirurgião cardio-torácico, o anestesista e o oncologista.⁴⁻⁶ Numa era em que a cirurgia minimamente invasiva assume protagonismo, a complexidade terapêutica desta patologia vem lembrar-nos que a cirurgia aberta ainda é incontornável. No que concerne à estratégia cirúrgica, essa encontra-se dependente da extensão venosa do trombo. Descrevem-se quatro níveis de exten-

são venosa, cada um deles com implicações particulares na complexidade do procedimento cirúrgico:

- nível 1, envolvendo a veia renal; obrigando a laqueação proximal, peri-ostial da veia renal
- nível 2 envolvendo a veia cava inferior na sua porção infra-hepática; implicando clampagem venosa múltipla (veia cava inferior nos seus segmentos infra e supra-trombóticos e veia renal contralateral)
- nível 3 estendendo-se pela porção intra-hepática da veia cava inferior; obrigando à mobilização hepática, libertação do seu aparelho suspensor (ligamento falciforme, ligamentos triangulares e coronários), eventual manobra de Pringle para controlo hemorrágico e isolamento da veia cava inferior até à confluência das veias supra-hepáticas.
- nível 4 quando o trombo atinge a aurícula direita; como neste caso, implicando abordagem cardíaca, canulação dos grandes vasos, circulação extra-corpórea e bypass cardiopulmonar.

¹ Interna de Urologia, Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

✉ andrea.m.furtado@gmail.com

² Assistente de Urologia, Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

³ Assistente de Cirurgia Vascular, Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central

⁴ Chefe de serviço de Urologia, Serviço de Urologia, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, Amadora, Portugal

⁵ Assistente Graduado de Cirurgia Vascular, Serviço de Angiologia e Cirurgia Vascular, Hospital Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central

⁶ Assistente Graduado de Cirurgia Cardiorádica, Serviço de Cirurgia Cardiorádica, Hospital Santa Marta, Centro Hospitalar de Lisboa Central

Recebido 13/10/14; Aceite 13/12/14

O objectivo deste trabalho é descrever um caso clínico, sua abordagem e lançar bases para uma futura revisão da casuística.

CASO CLÍNICO

Apresentamos o caso clínico de um indivíduo do sexo masculino, 55 anos de idade, sem antecedentes relevantes, que é referenciado à consulta de urologia por hematúria, astenia e edemas dos membros inferiores. Ao exame objetivo havia a destacar, à palpação abdominal bimanual, massa localizada no flanco direito, de consistência endurecida, superfície regular, móvel com movimentos respiratórios e indolor, com maior eixo medindo cerca de 12 centímetros (cm). A marcha diagnóstica passou pela realização de tomografia computadorizada (TC) com injeção de contraste endovenoso e documentação de fases: arterial, nefrográfica, venosa e excretora urinária. Este exame documentou a presença de nódulo sólido do rim direito, com cerca de 10,7 cm de diâmetro axial, nódulo adrenal homolateral medindo 5,4 cm x 3,1 cm, assim como trombo venoso, envolvendo veia renal e veia cava inferior, estendendo-se neste último caso acima das veias supra-hepáticas e ocluindo o lúmen venoso na sua totalidade. (Figs 1 e 2)

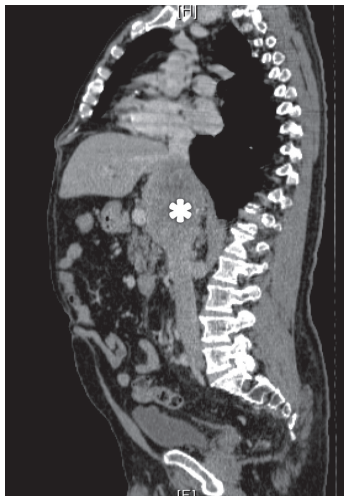


Figura 1 – TC corte sagital demonstrando o trombo da veia cava inferior (*)

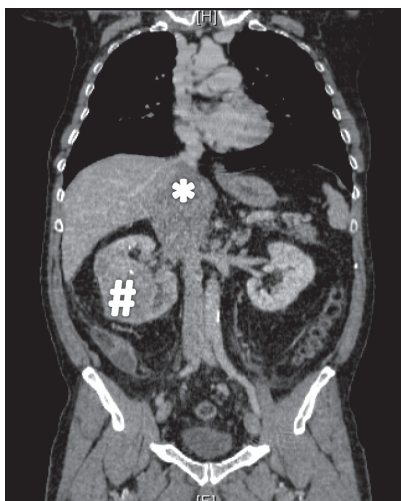


Figura 2 – TC corte coronal demonstrando o trombo da veia cava inferior (*) e tumor renal (#)

O doente foi operado por uma equipa composta por dois urologistas, um cirurgião vascular e dois cirurgiões cardíacos. A incisão abdominal escolhida foi a de Chevron com extensão mediana superior em esternotomia, procedeu-se à nefrectomia radical à direita com adrenalectomia homolateral conjunta, bypass cardiopulmonar por canulação da aorta ascendente e veia cava superior. Procedeu-se a cardioplegia por arrefecimento após a clampagem aórtica, exploração do orifício de entrada da veia cava inferior na aurícula direita e desbridamento digital da extremidade proximal do trombo; incisão longitudinal do segmento para-renal da veia cava inferior, trombectomia digital de proximal para distal; remoção do trombo, plastia e encerramento primário de veia cava aneurismática. (Fig. 3) Não se registaram complicações pós-operatórias.

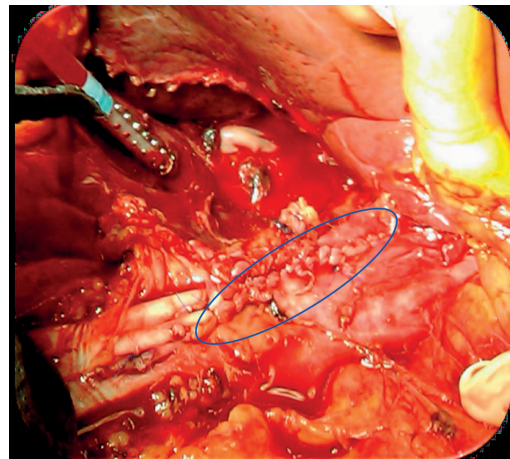


Figura 3 – fotografia intra-operatória, cavoplastia (elipse azul)

A análise anátomo-patológica concluiu tratar-se de um carcinoma de células renais, variante células claras, grau 2 de Fuhrman, pT4, N0. O trombo organizado e recanalizado com nichos celulares de carcinoma de células renais idêntico ao da peça de nefrectomia, sem evidência de invasão da parede venosa propriamente dita.

A TC ao primeiro mês de pós-operatório documentou a permeabilidade da veia cava inferior e exclui sinais de embolização pulmonar. (Figs 4 e 5)

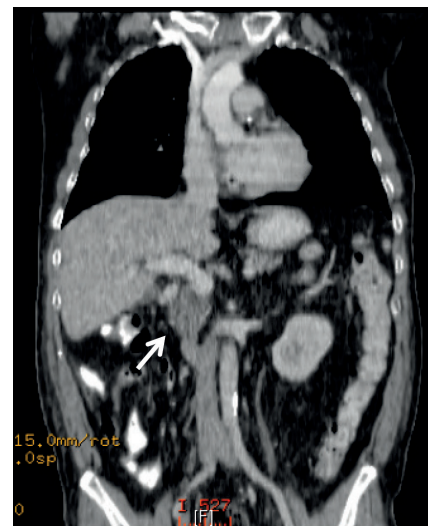


Figura 4 – TC corte coronal demonstrando a patência da veia cava inferior (seta)

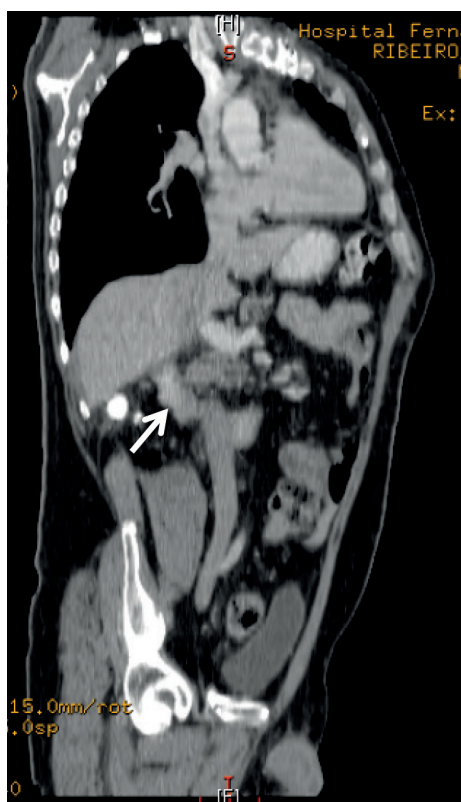


Figura 5 – TC corte sagital demonstrando a patência da veia cava inferior (seta).

DISCUSSÃO

Apesar de factores como o grau de Fuhrman e os estadios T e N serem os mais relevantes para a determinação da sobrevida livre de doença aos 5 anos, a cirurgia radical é a melhor opção para estes doentes. O papel citorredutor constitui benefício, melhorando a resposta às terapêuticas adjuvantes. Este benefício está também descrito para a doença metastática, assim como para o controlo sintomático (hematúria e dor).⁹

O envolvimento vascular dos carcinomas de células renais é habitualmente por extensão sub-endotelial, sem compromisso directo da parede venosa.

O recurso a circulação extra-corpórea é desafiante mas acresce vantagem no controlo hemorrágico e estabilidade hemodinâmica.

Neste caso, o controlo das variáveis tumorais e uma estratégia cirúrgica bem definida e executada representaram um êxito terapêutico. A excisão parcial de parede e plastia da veia cava inferior aneurismática demonstraram ser um opção cirúrgica segura, sem risco tromboembólico acrescido.

Conclui-se então, que este caso de carcinoma de células renais associado a trombo venoso gigante e oclusivo foi tratado com sucesso recorrendo a excisão radical e reconstrução primária da veia cava inferior. A morbilidade pós-operatória foi desprezível e o prognóstico, dada a ausência de adenopatias e invasão da parede vascular, baixo grau de Fuhrman e margem cirúrgicas negativas, é favorável.

Presentemente, o doente encontra-se com 24 meses de pós-operatório, sem evidência de recidiva neoplásica.

BIBLIOGRAFIA

1. Boorjian SA, Sengupta S, Blute ML Renal cell carcinoma: vena caval involvement BJU Int. 2007; 99:1239-244.
2. Skinner DG, Pritchett TR, Lieskovsky G, Boyd SD, Stiles QR. Vena caval involvement by renal cell carcinoma. Surgical resection provides meaningful long-term survival. Ann Surg. 1989; 210:387-92.
3. Moinzadeh A, Libertino JA. Prognostic significance of tumor thrombus level in patients with renal cell carcinoma and venous tumor thrombus extension. Is all T3b the same? J Urol. 2004; 171:598-601.
4. Ljungberg B, Stenling R, Osterdahl B, Farrelly E, Aberg T, Roos G. Vein invasion in renal cell carcinoma: impact on metastatic behavior and survival. J Urol. 1995; 154:1681-684.
5. Zisman A, Wiedner JA, Pantuck AJ, Chao DH, Dorey F, Said JW, et al. Renal cell carcinoma with tumor thrombus extension: biology role of nephrectomy and response to immunotherapy. J Urol. 2003; 169:909-16.
6. Castelli P, Caronno R, Piffaretti G, Tozzi M, Lomazzi C, Dionigi G, et al. Surgical treatment of malignant involvement of the inferior vena cava. Int Semin Surg Oncol. 2006; 3:19.
7. Hatcher PA, Anderson EE, Paulson DE, Carson CC, Robertson JE. Surgical management and prognosis of renal cell carcinoma invading the vena cava. J Urol. 1991; 145:20-3.
8. Blute ML, Leibovich BC, Lohse CM, Cheville JC, Zincke H. The Mayo Clinic experience with surgical management, complications and outcome for patients with renal cell carcinoma and venous tumour thrombus. BJU Int. 2004; 94:33-41.
9. Pirola GM, Saredi G, Damiano G, Marconi AM. Renal Cell Carcinoma with venous neoplastic thrombosis: A ten years review. Arch Ital di Urol Androl. 2013; 85: 175-79.